

Mots clés :

Compé-
tence
DPC
Exercice
profession-
nel
FMC

Développement professionnel continu : comment ?

En 1977, Guy Scharf opposait au traditionnel EPU la nécessité d'une formation « vraiment continue », c'est-à-dire décentralisée, adaptée aux conditions locales et personnalisée selon les besoins propres à chaque médecin¹. Parler de développement professionnel continu (DPC) ramène aux composantes initiales de cette définition (*Bibliomed 596 et 598*). Les ressources professionnelles sont limitées, les charges de travail lourdes et les coûts de la formation permanente élevés (coûts financiers, temps, arrêt de l'activité de soin...). Le DPC ne peut en aucun cas aggraver ces contraintes : il est une évolution rationnelle de l'existant. Des revues systématiques d'études d'efficacité des diverses méthodes observées argumentent plusieurs pistes de réflexion²⁻⁵.

Le cadre « générique » du DPC

Le constat commun aux différents auteurs²⁻⁵ est que la FMC a une efficacité certaine sur la compétence des médecins et les résultats de santé bien qu'il soit très difficile de la quantifier. Ils en concluent que, dans une perspective de *développement* plus que de *formation*, les professionnels doivent comprendre comment ils constituent progressivement leur expertise et combinent au quotidien expérience acquise (part implicite) et données scientifiques valides (part explicite). Le cadre « générique », c'est à dire commun à toutes les méthodes possibles de DPC, se trouve ainsi défini pour chaque professionnel :

- Réflexion critique personnelle sur sa propre pratique.
- Analyse systématique des savoirs mis en œuvre au quotidien (pour mettre en cohérence théorie et pratique)
- Mise en perspective des problèmes individuels dans un contexte plus large, organisationnel et social.
- Recherche et mise en œuvre des ressources (formations ou autres...) nécessaires à partir de cette analyse.
- Responsabilisation de chaque praticien (engagement dans une démarche d'auto-évaluation).

L'« individu-médecin »

Le DPC est ainsi conçu comme le cadre d'une progression personnelle, vie durant, de l'expertise professionnelle, sous les différentes facettes - personnelles, sociales, politiques - de la médecine, données de santé publique incluses. Le médecin peut-il pour autant tant faire

son DPC seul ? Dans toutes les études, l'apport positif de l'interactivité entre professionnels est de loin le mieux démontré. Même si le *e-DPC* sous toutes ses formes s'inscrit au mieux dans le contexte actuel, il doit intégrer ces échanges et cette évaluation. Une revue systématique a apporté une assez bonne réponse à cette question difficile⁵. Elle montre que le médecin lui-même n'est pas son meilleur observateur et qu'il doit nécessairement, à un moment ou l'autre, faire appel à une évaluation externe. Davis propose que la gestion et l'évaluation de son DPC personnel par le professionnel lui-même soit assistée par une « facilitation » externe.

La visibilité du processus

Cette exigence, de plus en plus affirmée sous des formes différentes selon les pays, mérite réflexion puisqu'il s'agit à la fois de compétence et de performance du médecin, de qualité et de sécurité des patients. La « facilitation » externe évoquée précédemment implique la mise à disposition des professionnels de « marqueurs de compétence » externes où les sociétés scientifiques de la discipline pourraient jouer un rôle privilégié⁵. Brigley² suggérerait en 1997 de colliger en continu les données utilisées pour le DPC pour permettre à la profession de définir et d'évaluer sous forme collective et participative ses priorités et actions mises en œuvre et ainsi répondre aux demandes des patients et des institutions.

Que conclure pour notre pratique ?

- **Le DPC s'inscrit dans la continuité de la FMC.** Le cadre générique que décrit la littérature n'est pas un réel changement mais la confirmation que la formation de professionnels en exercice ne se conçoit qu'appuyée sur les pratiques et les analysant. L'utilisation rationnelle des données factuelles pour répondre aux questions ainsi posées devrait être la règle que peut hélas transgresser l'influence de conflits d'intérêts sous-jacents.
- **Le DPC est de la responsabilité de chacun, dans sa mise en œuvre comme dans son évaluation.** Il suppose pourtant une mise en commun à des moments sans doute différents selon les actions programmées. Evaluer les résultats suppose également une forme de « facilitation » externe.
- **Le DPC répond à une exigence sociétale.** Cette exigence est a priori compatible avec une prise de responsabilité dans chaque discipline. Il ne s'agit pas de stigmatiser des pratiques insuffisantes, mais de comprendre la réalité positive du métier de médecin. Nous y reviendrons.

Références :

- 1- Scharf G. *Manuel pratique de la formation continue du médecin*. Bayonne: Anglet; 1977.
- 2- Brigley S et al. *Continuing education for medical professionals: a reflective model*. *Postgrad Med J*. 1997; 73: 23-6
- 3- Davis D et al. *Continuing Medical Education Effect on Practice Performance*. *Chest*. 2009; 135: 42S-48S.
- 4- Mazmanian PE et al. *Continuing Medical Education Effect on Clinical Outcomes*. *Chest*. 2009; 135: 49S-55S.
- 5- Davis DA et al. *Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence. A Systematic Review*. *JAMA*. 2006; 296: 1094-1102.
- 6- Marinopoulos SS et al. *Effectiveness of Continuing Medical Education*. *AHRQ Publication No. 07-E006 January 2007*.

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : unadoc@wanadoo.fr